

SECCIÓN I: A completar por el EMPLEADOR

INSTRUCCIONES para el EMPLEADOR: La Ley de ausencia familiar y médica (FMLA por sus siglas en inglés) dispone que un empleador puede exigir que un empleado que busca protección bajo la FMLA, debido a la necesidad de ausentarse para cuidar de un familiar contemplado en esta ley que padece una afección médica grave, entregue un certificado emitido por el proveedor médico del empleador. Complete la Sección I antes de entregarle este formulario a su empleado. Su respuesta es voluntaria. Aunque usted no está obligado a usar este formulario, no puede pedirle al empleado que le entregue más información de la permitida por los reglamentos de la FMLA, 29 C.F.R. §§ 825.306-825.308. Los empleadores generalmente deben mantener informes y documentos relacionados con certificaciones médicas, recertificaciones o historiales clínicos de los empleados, creados para fines de la FMLA, tales como informes médicos confidenciales, en archivos/registros distintos de los expedientes de personal habituales y de conformidad con 29 C.F.R. § 1630.14(c)(1), si se aplica la Ley de estadounidenses con discapacidades.

Nombre e información de contacto del empleador: _____

SECCIÓN II: A completar por el EMPLEADO

INSTRUCCIONES para el EMPLEADO: Complete la Sección II antes de entregarle este formulario a su proveedor médico. La FMLA permite que un empleador exija que usted entregue una certificación puntual, completa y con suficiente información médica para apoyar una solicitud de ausencia bajo la FMLA, para cuidar de un familiar contemplado en esta ley que padece una afección médica grave. Si su empleador así se lo solicita, su respuesta es obligatoria para obtener o retener los beneficios recogidos en la FMLA. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). Si no entrega una certificación completa y con suficiente información médica, se le podría denegar su solicitud bajo la FMLA. 20 C.F.R. § 825.313. Su empleador tiene que darle al menos 15 días de calendario para devolver este formulario. 29 C.F.R. § 825.305(b).

Su nombre: _____

Nombre	Segundo nombre	Apellidos
--------	----------------	-----------

Nombre del familiar a quien cuidará: _____

Nombre	Segundo nombre	Apellidos
--------	----------------	-----------

Parentesco del familiar con usted: _____

Si el familiar es su hijo/hija, indique su fecha de nacimiento: _____

Describa los cuidados que le proporcionará a su familiar y calcule el periodo de tiempo necesario para proporcionarle dichos cuidados:

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------

SECCIÓN III: A completar por el PROVEEDOR MÉDICO

INTRUCCIONES para el PROVEEDOR MÉDICO: El empleado arriba nombrado ha solicitado un periodo de ausencia bajo la FMLA para cuidar de su paciente. Responda total y completamente a todas las secciones aplicables. Varias preguntas piden respuesta acerca de la frecuencia, duración de una afección, tratamiento, etc. Su respuesta debe ajustarse a lo que usted considere basándose en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente. Sea lo más específico posible; términos como “toda la vida”, “desconocido” o “indeterminado” podrían no ser suficientes para determinar cobertura bajo la FMLA. Limite sus respuestas a la afección por la cual el paciente necesita que se otorgue el permiso de ausencia. La página 4 ofrece espacio para incluir información adicional, si fuera necesario. Asegúrese de firmar el formulario en la última página.

Nombre y dirección de la consulta del proveedor: _____

Tipo de consulta/Especialidad médica: _____

Teléfono: ____ (____) _____ Fax: ____ (____) _____

PARTE A: DATOS MÉDICOS

1. Fecha aproximada del comienzo de la afección: _____
Duración probable de la afección: _____

¿Se ingresó al paciente para pernoctar en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial?
___ No ___ Sí. De ser así, indique las fechas de ingreso:

Fecha(s) en que usted trató al paciente por su afección:

¿Se le recetó algún medicamento, aparte de medicamentos sin receta? ___ No ___ Sí.

¿Necesitará el paciente consultas de tratamiento al menos dos veces al año debido a su afección?
___ No ___ Sí.

¿Se envió al paciente a otro proveedor de atención médica para su evaluación o tratamiento (por ejemplo, fisioterapia)? ___ No ___ Sí. De ser así, indique la naturaleza de dicho tratamiento y la duración prevista del tratamiento.

2. ¿Es la afección médica un embarazo? _____ No ___ Sí. De ser así, indique la fecha prevista del parto: _____

3. Describa otros datos médicos pertinentes, si los hubiera, relacionados con la afección por la cual el paciente necesita cuidados (tales datos médicos pueden incluir síntomas, diagnóstico o cualquier régimen de tratamiento continuo, tal como el uso de equipo especializado):

PARTE B. CUIDADOS NECESARIOS: Al responder a estas preguntas, recuerde que los cuidados que el empleado que solicita el permiso puede darle a su paciente pueden incluir ayuda con necesidades básicas médicas, de higiene, nutricionales, de seguridad o de transporte, o cuidados físicos o psicológicos.

4. ¿Estará incapacitado el paciente durante un único periodo de tiempo continuo debido a su afección médica, incluido cualquier periodo de tiempo necesario para su tratamiento y recuperación? No Sí.

Calcule las fechas de comienzo y fin del periodo de incapacidad: _____

Durante este periodo de tiempo ¿necesitará cuidados el paciente? No Sí.

Explique qué cuidados necesitará el paciente y por qué son médicamente necesarios.

5. ¿Necesitará el paciente acudir a citas de seguimiento de tratamiento, incluido el periodo de recuperación? No Sí.

Calcule el horario del tratamiento, si lo hubiera, incluidas las fechas de citas programadas y el tiempo necesario para cada cita, incluido cualquier periodo de recuperación:

Explique qué cuidados necesitará el paciente y por qué son médicamente necesarios.

6. ¿Necesitará el paciente cuidados de manera intermitente o durante un horario reducido, incluido cualquier periodo de recuperación? No Sí.

Calcule las horas durante las cuales el paciente necesitará cuidados de manera intermitente, si así fuera:

_____ hora(s) al día: _____ días a la semana desde _____ hasta _____

Explique qué cuidados necesitará el paciente y por qué son médicamente necesarios.

7. ¿La afección médica causará recaídas periódicas que impidan al paciente participar en las actividades diarias normales? No Sí.

Basándose en el historial médico del paciente y en su conocimiento de la afección médica, calcule la frecuencia de las recaídas y la duración de la incapacidad relacionada que el paciente pueda sufrir durante los próximos 6 meses (por ejemplo, 1 episodio cada 3 meses con una duración de 1-2 días).

Frecuencia: _____ veces por _____ semana(s) _____ mes(es)

Duración: _____ horas o _____ día(s) por episodio

¿El paciente necesitará cuidados durante estas recaídas? No Sí.

Explique qué cuidados necesitará el paciente y por qué son médicamente necesarios.
